



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

¿Cómo perciben los pacientes con enfermedades cardiovasculares (ECV), la importancia de la alimentación?

Programa de Educación para la Salud

AUTORA: LAURA GÓMEZ RUIZ

TUTORA: MARIA TERESA FERNANDEZ

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	
1.1. Justificación del tema de elección	Pág 1
1.2. Estado del tema	Pág 2-3
2. OBJETIVOS	Pág 4
3. METODOLOGÍA	
3.1. Revisión bibliográfica	Pág 5
3.2. Trabajo de campo	Pág 6
4. DESARROLLO	
4.1. Resultados de la entrevista	Pág 7
4.2. Diagnósticos enfermeros	Pág 8
4.3. Programa de Educación	Pág 9-11
5. CONCLUSIÓN	Pág 12
6. BIBLIOGRAFIA	Pág 13-14
7. TABLAS	Pág 15

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación del tema de elección

En una gran cantidad de enfermedades atendidas en Atención Primaria, se hace imprescindible un consejo o tratamiento dietético, tanto para su tratamiento como para su prevención. Entre ellas destacan las enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial.¹

La alta morbilidad de estas patologías en los últimos años sigue en aumento, provocando un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes y grandes costes para la sanidad.² A su vez, la dieta de la población, cada día más lejos de las recomendaciones alimenticias, debido a la transición alimenticia que viene acaeciendo en los países desarrollados.³ En este marco, se hace imprescindible una actuación por parte de los profesionales de la sanidad para corregir dicho problema.

La OMS defiende que el mejor modo de mejorar la salud alimentaria y con ello reducir la alta morbilidad de enfermedades crónicas es insistir en la importancia del autocuidado en alimentación. Para ello se deben desarrollar acciones educativas dirigidas a la población, de una forma específica, conforme a sus características para asegurar su mayor eficacia.^{4,5}

1.2. Estado del tema

En España mueren cada año, a causa de enfermedades cardiovasculares más de 65.000 personas. Otras muchas no mueren pero sufren secuelas gravísimas de por vida. El 45% de los infartos de miocardio y el 50% de los ictus se deben a la HTA, cuya principal causa es el consumo excesivo de sal en la dieta. A partir de los 40 años, los infartos y los ictus suponen más del 10% de las muertes en España. A partir de los 70, más del 17%. Bien es sabida hoy en día la relación entre el consumo de sal y la HTA. Sin embargo, a estas cifras les acompañan datos como el consumo diario de sal en España, unos 10g de sal diarios, el doble de lo recomendado por la OMS. El 70% de la sal que consumimos se encuentra en alimentos preparados, y éstos cada día son más comunes en las mesas españolas.⁶

Múltiples estudios demuestran que la dieta es un factor clave, junto con la actividad física en el padecimiento de enfermedades cardiovasculares.^{4,7,8} Las conductas alimentarias como el consumo de fibra dietética, la sustitución del pescado por la carne⁸, el consumo de ácidos grasos omega 3 y 6, la reducción del consumo de colesterol,⁹ y en general la dieta mediterránea¹⁰, contribuyen a reducir el riesgo de padecimiento de enfermedades cardiovasculares.

La adhesión a un tratamiento es un fenómeno múltiple y complejo, por los numerosos factores implicados como determinantes de la conducta de cumplimiento. Entre ellos se incluyen los aspectos psicosociales del paciente: las creencias asociadas a la percepción de amenaza de la salud a causa de la enfermedad, la estimación del riesgo a enfermarse, la representación mental acerca de su enfermedad, sus expectativas, la motivación por su salud, los conocimientos acerca de la enfermedad, el afrontamiento, el apoyo social y la relación profesional-paciente, entre otros. Por ello para mejorar la adherencia al tratamiento, no valdrá con el suministro de información al paciente, tendremos que conseguir que éste, además, vea su tratamiento, ya sea terapéutico o dietético, como una necesidad en beneficio de su salud, mejorar el afrontamiento del tratamiento con autoeficacia y conseguir la percepción de redes de apoyo social suficientes.^{11,12} (tabla 1)

En cuanto al desarrollo del Programa de Educación en Salud destacan como recursos metodológicos; las guías, las actividades grupales, la terapia psicológica y la educación horizontal. Las guías alimentarias destinadas a la población en particular permiten la orientación de estos en la selección y consumo de alimentos favoreciendo

el desarrollo de hábitos de vida saludable. Dada la gran influencia del estado psicológico de la persona en su alimentación y el cumplimiento del tratamiento dietético, cabe mencionar el estudio de fulanito sobre la modificación de conductas en pacientes cardiovasculares mediante la terapia psicológica. Los resultados fueron muy positivos en la mejora de parámetros psicológicos que influyen tanto en la alimentación, como en el riesgo directo de padecimiento de ECV, como son la ansiedad, el nerviosismo, etc. ¹³ Las metodologías participativas incrementan la creatividad, la apertura y la disposición al cambio de las personas involucradas en ellas. Se produce un proceso de apertura creciente frente al ejercicio a medida que se realiza. El desarrollo de las actividades hace que las personas se vayan involucrando en la experiencia y comiencen a participar cada vez más, a opinar más y a confrontar su opinión con los otros miembros del grupo. Es decir, se desarrolla una dinámica crecientemente participativa. Así estos se involucran con sus ideas, sentimientos y emociones, espacio sobre el cual se reflexiona, pudiéndose producir entonces un cambio real en el paciente por motivación interna.¹⁴

En España actualmente se llevan a cabo programas como la Estrategia NAOS y Programa Perseo para luchar contra la obesidad y promocionar la alimentación sana y el ejercicio físico en los jóvenes. La DGA desarrolla además programas en educación infantil como Almarabú para la promoción del autocuidado. Estos programas están dirigidos a educar a la población desde joven pero se hace necesario actuar también sobre la población que ya padece enfermedades cardiovasculares y podría, aunque quizás ya no prevenirlas, sí evitar complicaciones, otras ECV, y mejorar su calidad de vida, con la correcta educación alimenticia.¹⁵

2 OBJETIVO

2.1 Conocer la visión general que tienen los pacientes con ECV, de las recomendaciones dietéticas recibidas, de su tratamiento terapéutico, la importancia de ambos y de la influencia de alimentación en su enfermedad.

2.2 Elaborar un Programa de Educación para la Salud específico para la población con ECV en el barrio de Garrapinillos.

Objetivos específicos del programa: mejorar los conocimientos acerca de la enfermedad y la dieta idónea para ésta. Concienciar de la importancia del tratamiento dietético. Dotar a los pacientes de herramientas y recursos que les ayuden a mejorar el cumplimiento.

3 METODOLOGÍA

3.1 Revisión bibliográfica:

Para este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos Cuiden, Scielo, MedLine y las webs del Ministerio de Sanidad y el INE. Las palabras clave han sido: Cardiovascular, Dieta, Adherencia y Educación para la salud. Se encontraron un total de 824 artículos en la búsqueda. De ellos se seleccionaron 50 para ser leídos y finalmente se emplearon 20 para realizar el presente trabajo. Los criterios de selección fueron: el contenido, la calidad científica y la actualidad. Se fijó como límite de antigüedad, el año 2003.

3.2 Trabajo de campo

Tras consultar la bibliografía se realizó una exploración de campo para conocer cómo perciben los pacientes la importancia del tratamiento dietético, el cumplimiento que llevan de éste y los problemas existentes como falta de conocimientos, incapacidades, etc. Y así poder desarrollar un adecuado PES.

En primer lugar, se realizó un estudio cualitativo para tener una idea previa de la situación del tema en la población diana. Se trabajó con un grupo de 25 pacientes de la cartera de crónicos del centro de Salud de Garrapinillos, 14 hombres y 11 mujeres de entre 35 y 85 años con patologías cardiovasculares, muchos con pluripatología. Hipertensión arterial (18), infarto agudo de miocardio (5), insuficiencia vascular periférica (4), diabetes mellitus tipo II (8), obesidad (11), dislipemias (7). Previo consentimiento de dichos usuarios y contando con la colaboración del centro de salud. Tras una consulta normal con la enfermera se les invitó a participar en el estudio cualitativo, respondiendo a unas preguntas.

El cuestionario fue desarroyado con el objetivo de conocer la opinión de estos pacientes acerca del tratamiento dietético, la visión general de su enfermedad y la relación percibida de ésta, con la dieta. Se buscó tener una aproximación del grado de cumplimiento de los consejos de alimentación, saber si los conocimientos eran adecuados y conocer qué factores llevaban más comunmente al no cumplimiento. Constó de 6 preguntas, dos cerradas a modo de filtro, para diferenciar entre pacientes que habrían recibido consejo dietético y los que no, y la segunda clasificaba entre cumplidores y no. Cuatro preguntas de acceso, abiertas, para permitir que los participantes se expresaran abierta y sinceramente para obtener así más información que nos ayudara a entender el problema. Se tuvo muy en cuenta la actitud de ambas partes a la hora de desarrollar y hacer las preguntas, intentando mejorar la disposición del paciente a contestar sinceramente, sin sentirse presionado. (Anexo 1)

Ya con los resultados de las encuestas, se desarrollaron 3 diagnósticos, acorde con la nomenclatura NANDA, con los problemas detectados. Apartir de los NICs y NOCs se determinaron los objetivos y actividades que servirían de base para la elabororación del Programa de Educación para la Salud, enfocado a resolver las necesidades detectadas en la población en cuanto al cumplimiento del tratamiento dietético.¹⁶

4 DESARROLLO

4.1 Resultados de la entrevista

La mayoría de los entrevistados reconoció no seguir una dieta sana, cuanto menos acorde con su enfermedad. El motivo principal y más repetido fue la falta de voluntad para comer de acuerdo con las indicaciones dadas por su médico como comer sin sal, reducir la cantidad de carne, comer más verduras sin condimentos y "no picotear". Unos más, otros menos, todos eran conscientes de la importancia de la dieta pero no parecían estar muy dispuestos a sacrificar el gusto de comer de todo, por perjudicial que pueda ser para su salud. Cabe destacar que algunos pacientes afirmaron no haber recibido ningún consejo nutricional por parte del personal sanitario.

Un pequeño grupo, sin embargo, cumplía con bastante disciplina los consejos dados por el centro, destacando los diabéticos. Éstos eran muy conscientes del riesgo que les suponía descuidar su dieta. Lo atribuían a la abundante educación especializada que habían recibido para dicha enfermedad y a la asociación tan clara entre comer dulces y la subida de los niveles de glucemia, que además podían comprobar fácilmente con el glucómetro. A diferencia de las enfermedades cardiovasculares, donde los efectos de la dieta no son tan rápidos y visibles y la educación es más escasa y tiende a simplificarse con un "Tome menos sal".

Las excusas más repetidas para el no cumplimiento de la dieta fueron la falta de voluntad, la dureza de la "dieta sana", la enorme diferencia con respecto a lo que solían y les gustaba comer, la falta de constancia, las circunstancias económicas, las frecuentes tentaciones e incluso el haber pasado hambre durante la guerra. El ocio, comer fuera de casa, los picoteos en reuniones de amigos, celebraciones, etc, fue el principal enemigo para el cumplimiento de la dieta. Varios afirmaron que casi todo su ocio giraba en torno a la comida. En menor proporción y más en la gente joven estuvieron la falta de tiempo, el trabajo y la comodidad de la comida rápida.

A excepción de unos pocos pacientes, todos defendieron que la medicación es mucho más importante que los hábitos higiénicos ya que es gracias a ésta que pueden controlar su enfermedad. Despojaban a la alimentación de toda influencia sobre la salud. Curiosamente, se recalcó mucho la importancia del médico por sus conocimientos, frente a los consejos de enfermería, de menor relevancia.

4.2 Diagnósticos NANDA

A partir de las necesidades detectadas con la entrevista se elaboraron 3 diagnósticos acorde con la nomenclatura NANDA.¹⁶

Manejo ineficaz del régimen terapéutico de la comunidad, relacionado con la escasa concienciación de la importancia de la alimentación y su influencia en la enfermedad CV; manifestado por la confesión de la incapacidad/falta de voluntad para cumplir el tratamiento dietético.

Objetivo: Conducta de cumplimiento. Conducta de búsqueda de salud. Motivación interna para cumplir el tratamiento.

Actividades: Análisis de la situación sanitaria. Identificación de riesgos. Manejo ambiental de la comunidad. Entrenamiento para controlar los impulsos. Establecimiento de objetivos comunes. Desarrollo de un Programa de educación Sanitaria.

Afrontamiento inefectivo de la comunidad, relacionado con el riesgo social de enfermedad crónica; manifestado por la falta de acciones sociales para reducir el riesgo de EC y sus complicaciones.

Objetivo: Control del riesgo social de enfermedad crónica. Participación en actividades de ocio sanas.

Actividades: Análisis de la situación sanitaria. Fomentar la salud de la comunidad. Clarificación de valores. Facilitar la autorresponsabilidad. Potenciación de la conducta de sí mismo. Fomentar el ejercicio. Desarrollo de un Programa de Educación Sanitaria.

Conocimientos deficientes: dieta, relacionado con la conformidad con tener una pobre educación higiénico-dietética; manifestado por la existencia de malos hábitos alimenticios, falsas creencias y falta de conocimientos para el desarrollo de una dieta saludable.

Objetivos: Conocimiento de la dieta. Conocimiento del proceso de la enfermedad. Elaboración de la información. Satisfacción del paciente con la enseñanza.

Actividades: Terapia de grupo, terapia con el ambiente, reestructuración cognitiva, potenciación de la disposición al aprendizaje, facilitar el aprendizaje, etapas de la dieta, enseñanza: dieta prescrita y asesoramiento nutricional.

4.3 Programa de Educación Sanitaria

El Programa está dirigido a la población con ECV en nuestra área de salud. Se informará del PES durante un mes, a todos los pacientes que acudan a la consulta de enfermería de CS Garrapinillos con ECV. Solicitaremos la colaboración de medicina para la captación de participantes, mediante la prescripción de asistir al programa.

Basándonos en las conclusiones de los trabajos similares revisados^{11,13,14,18,19,20} las estrategias metodológicas serán las siguientes:

1. Concebir al grupo de trabajo como la suma de individuos con sus circunstancias.
2. Educación horizontal.
3. Involucración del paciente en su propia salud y educación en esta.
4. Refuerzo de la acción colectiva: desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación de la comunidad en materia de nutrición y salud pública.
5. Creación de un ambiente favorable.
6. Promoción del buen uso de los servicios y sistemas de salud para buscar ayuda.
7. Adecuar/adaptar el lenguaje médico-científico al nivel cultural de los participantes.
8. Planificar un tiempo de debate tras la exposición de contenidos para que surjan las dudas posibles y aclararlas por parte del profesional.
9. Permitir la puesta en común de inquietudes, necesidades y vivencias de los pacientes.

El PES consistirá en 5 sesiones repartidas en un tiempo de tres meses, dedicando las tres primeras semanas a la promoción del programa y captación de pacientes, y las posteriores semanas alternar una de sesión con una de descanso, hasta concluir las 5 sesiones de las que constaría en Programa: (Tabla 2)

Sesion 1

Introducción al programa: presentación del personal, objetivos, actividades y programa de sesiones.

Actividades grupales de presentación.

Visualización de un video sobre alimentación saludable.

Debate grupal sobre el video intercambio de opiniones experiencias personales con la dieta, cosas que ya conocían, cosas que han aprendido, qué opinan de la dieta, dificultades que ven para seguirla, etc.

Tentempié saludable.

Sesión 2

Charla por parte de un nutricionista sobre dietoterapia en personas con ECV, planteada de un modo interactivo, en el que los asistentes puedan intervenir, hacer preguntas, e ir desarrollando la propia charla a base de preguntas.

Buscando aumentar los conocimientos sobre las características de la dieta para el paciente cardiovascular de una forma fácil de entender y amena. Eliminar falsas creencias. Apostar por el interés por el aprendizaje de forma independiente, recomendando libros, guías nutricionales. Crear curiosidad y ganas de aprender más.

Sesión 3

Reestructuración cognitiva y motivación

Ahora que cuento con una mejor información sobre alimentación, ¿qué tengo que cambiar en mí para poder cambiar realmente mi dieta?. Clarificación de valores, en grupo, compartir los motivos por los que podría querer cada uno modificar su dieta, dificultades para dicha modificación. Planteamiento de elección entre disfrutar de una alimentación poco saludable para mí o aprender a disfrutar comiendo adecuadamente y ganando en salud y calidad de vida. El personal de terapia ocupacional y enfermería se encargará de dirigir la terapia grupal. Tendiendo siempre hacia la búsqueda de la

Sesión 4

Enseñanza por parte del nutricionista: ¿qué son las unidades de equivalencia alimentaria? Buscaremos involucrar al paciente en la creación de una dieta personalizada acorde con sus necesidades.

Taller de comida sana, enseñar a comprar los alimentos más adecuados, cómo cocinarlos para que sigan siendo saludables a la vez que atractivos

Se propondrá, para la siguiente sesión, preparar cada uno aperitivos saludables para demostrar lo aprendido, aprovechar para compartir recetas y poderlos disfrutar juntos.

Sesión 5

Cómo conseguir mantener la dieta sin caer en el picoteo y los malos hábitos anteriores. Se enseñarán técnicas de control de impulsos. Apostar por el ocio de forma sana, no es necesario salir a cenar y atiborrarse, ir a un sitio y picar porque hay un almuerzo, aunque ya haya hecho mi comida.

Tentempié de despedida.

Recursos:

Recursos humanos:

1 Tetapeuta ocupacional

1 Nutricionista

2 Enfermeros

Recursos materiales:

Salón de la asociación de vecinos de garrapinillos

Material didáctico:

- Video sobre dieta para el cuidado cardiovascular
- Guía alimentaria para pacientes con ECV

5 CONCLUSIONES

Los pacientes con ECV del barrio de Garrapinillos (Zaragoza) tienen una muy pobre concepción de los consejos nutricionales. No perciben realmente las consecuencias de la dieta sobre su enfermedad y los consejos recibidos no les son suficientes. Prevalecen los malos hábitos y anteponen el tratamiento terapéutico al dietético, muchas veces olvidando por completo este último. La educación especializada mediante el PES diseñado será un buen arma para mejorar sus conocimientos y sensibilizarles.

A raíz de este trabajo se han podido detectar otros problemas como la posición de inferioridad que otorga el paciente al profesional de enfermería frente al médico, que le lleva a incumplir las pautas dictadas por enfermería, por considerarlas menos importantes. Esto dificulta nuestro trabajo ya que es vital la confianza del paciente en el profesional de enfermería.

6 BIBLIOGRAFÍA

1. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. OMS. Serie de Informes Técnicos 916.
2. Delgado-Sanz MC, et al. Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario EQ-5D: estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. *Rev. Esp. Salud Publica*. 2011; 85(6): 555-568.
3. Cussó X, Garrabou R. La transición nutricional en la España contemporánea: las variaciones en el consumo de pan, patatas y legumbres. *Investigaciones de Historia Económica*. 2007; 7: 69-100.
4. Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez MM. Alimentación adecuada para mejorar la salud y evitar enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2010; 26(2): 321-329.
5. Donper A, Zacarías I, Olivares S, et al. Evaluación de un programa de información en nutrición al consumidor. *Rev Chil Nutr*. 2003; 30(1).
6. INE. El estado de salud de la población española. Cap 6: 366-399.
7. Martínez Álvarez R. Nuevos alimentos para nuevas necesidades. Madrid. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad; 2003.
8. Sotos Prieto M. Guillen M. Solí JV. et al. Consumo de carne y pesacado en la población mediterránea española de edad avanzada y alto riesgo cardiovascular. *Nutr Hosp*. 2011; 26(5): 1033-1040.
9. Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez MM. La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. *Rev hanan cienc méd La Habana*. 2009; 8 (1).
10. Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, Ruiz-Gutiérrez V, Covas MI, et al. Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: randomized trial. *Ann Intern Med*. 2006; 145(1):1-11.
11. Orzáez Villanueva MT, Rodríguez Cisneros A, Morales Ruiz E, Martínez Rincón C. Determinación de los factores condicionantes en la adhesión y cumplimiento de la dieta de protección renal en pacientes con insuficiencia renal crónica: estudio previo para la elaboración de una guía dietética. *Nutr Hosp*. 2006;21(2):145-54.
12. González CA, Argilaga S, AgudoA, et al. Diferencias sociodemográficas en la adhesión al patrón de dieta mediterránea en poblaciones de España. *Gac Sanit*. 2002; 16(3).
13. Antonio del Pino, Gaos MT, Dorta R, García M. Modificación de conductas prono-coronarias en pacientes de estatus socio-económico bajo. *Eur. J. Psychiat*. (Ed.

esp.) Zaragoza. 2004; 18(4).

14. Valadez Figueroa I, Fausto Guerra J, González Gallegos N. Proceso de grupo durante la realización de un proyecto educativo nutricional comunitario. Rev Cubana Salud Pública 2010; 36(2).

15. Ballesteros Arribas JM. La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (Estrategia NAOS). Rev Esp Salud Pública 2007; 81(5): 443-449.

16. Johnson M, Bulechek G, Butcher H. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Elsevier. Barcelona. 2007.

17. Suárez-Herrera JC, O'Shanahan JJ y Serra-Majem L. La participación social como estrategia central de la nutrición comunitaria para afrontar los retos asociados a la transición nutricional. Rev Esp Salud Pública. 2009; 83 (6): 791-803.

18. Duro Martínez JC. El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. Rev. Esp Salud Pública. 2003; 77 (5): 615-627.

19. De la Cruz E. Programa de educación alimentaria en la formación docente del estudiante. Sapiens. Revista universitaria de investigación. Universidad de Venezuela 2006.

20. Domper A, Zacarías I, Olivares S y Hertrampf E. Evaluación de un Programa de Información al consumidor. Rev. chil. Nutr. 2003; 30(1).

8. TABLAS Y ANEXOS

Tabla 1. Grupos de factores condicionantes de la dieta.

1 Autoconocimiento y percepción de la enfermedad.
2 Factores emocionales y autocontrol.
3 Entorno familiar, social y medioambiental.
4 Disponibilidad de alimentos.
5 Modificación de los hábitos alimentarios tradicionales.
6 Valoración del manejo de los alimentos
7 Apreciación de la efectividad del tratamiento dietoterápico
8 Relación con el sistema de salud, conocimiento de la dieta
y dificultad de seguimiento

Tabla 2. Cronograma del PES por semanas.

[illegible]